SEÑOR PRESIDENTE.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Es la hora 17 y 19 minutos.)

-La Comisión de Salud Pública del Senado tiene el gusto de recibir a los señores representantes de la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay, quienes nos han solicitado una audiencia para hablar de los atrasos en las emergencias, que ha sido un tema que ha generado controversia y ha sido de pública notoriedad.

Con muchísimo gusto les cedemos la palabra.

SEÑORA GONZÁLEZ.- Mi nombre es Rosario González y soy la Presidenta de la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay. Agradecemos la oportunidad de estar aquí y poder expresarnos a través de un informe que vamos a leer para tener la seguridad de que podemos decir todo lo que queremos, con todos los contenidos. Se trata del tema que nos preocupa a todos, que tiene que ver con las demoras en las puertas de los hospitales.

Comienzo con la lectura del informe, diciendo que nuestra Cámara nuclea 45 empresas en todo el territorio nacional. Dichas empresas prestan servicios a un millón de usuarios, brindando un millón y medio de asistencias al año. Las empresas nucleadas en la Cámara son, además, responsables del servicio SAME 911 de asistencia en vía pública, con más de 25.000 asistencias por año en todo el territorio nacional. Nuestras empresas forman parte fundamental del primer nivel de atención en el sistema sanitario, siendo referentes y contando con gran prestigio en la población. El procedimiento asistencial de nuestros servicios comienza, generalmente, con una llamada a nuestras cabinas telefónicas asistenciales. A los efectos de poder prestar una asistencia adecuada, las solicitudes son clasificadas, en función de la gravedad de las mismas, en llamados de emergencia, conocidos como clave 1, llamados de urgencia, conocidos como clave 2, y llamados de baja complejidad, conocidos como clave 3. Esta clasificación no es permanente, sino que se trata de una foto del paciente al momento de la solicitud del servicio y puede tener una evolución dinámica.

Del total de asistencias que las emergencias médicas móviles prestan en todo el territorio nacional, el 95% queda en su domicilio. Esto demuestra la alta capacidad de resolución que tienen nuestros servicios y nos hace reflexionar acerca de qué sería de los sistemas de puerta de emergencia de los prestadores integrales si nuestros servicios móviles dejaran de prestar dicho servicio, que resuelve 1:425.000 asistencias en domicilio. De esto se desprende que solo derivamos a los prestadores integrales el 5% de los pacientes que asistimos.

En algunos casos los pacientes trasladados requerirán una internación definitiva y, en otros, exámenes paraclínicos para descartar patologías graves. Y muchas veces en el transcurso de las horas de su llegada al servicio de emergencia, serán dados de alta a su domicilio. Esto no significa que el traslado no haya sido justificado, sino que su patología no necesita una estadía prolongada en el centro asistencial del prestador integral.

A modo de ejemplo, un paciente que tenga factores de riesgo coronario y presente un dolor con características de sufrimiento coronario y un electrocardiograma con alteraciones o aun sin ellas, debe ser trasladado a un centro asistencial para realizar un examen de enzimas cardíacas. En caso de que este sea negativo, el paciente regresará a su domicilio previa consulta con un médico de medicina general o cardiólogo. Vale decir que el paciente fue dado de alta, pero fue correctamente derivado por la emergencia móvil, pues la capacidad de diagnóstico y tratamiento que puede brindarse en las ambulancias es acotado en recursos diagnósticos y terapéuticos.

Como es de vuestro conocimiento, en el caso de los traslados de pacientes a centros asistenciales públicos del área metropolitana que son administrados por ASSE, desde hace más de diez años se verifican demoras en la recepción de los pacientes, con esperas promedio de dos horas y pueden llegar a ser de hasta diez horas o más en algunos casos en particular. Esta situación no es así en todos los efectores de ASSE de Montevideo -y es importante decirlo- pues el Hospital Pereira Rossell tiene un tiempo de espera promedio de trece minutos, muy semejante al promedio de los prestadores mutuales, que es de quince minutos. O sea que, en algunos casos, en el sector público existen ejemplos de buenos tiempos de espera.

Sin duda, es el paciente -objetivo fundamental de nuestro trabajo- que ve vulnerados sus derechos a recibir una atención oportuna y se ve retrasado por estas demoras. Esto genera, a su vez, una importante dificultad operativa en nuestros servicios, ya que de manera aleatoria las unidades quedan retenidas, cuando nuestra función implica tener la mayor cantidad de móviles disponibles para la asistencia que se requiera en cualquier momento.

Como consecuencia de esta situación -que como dije se verifica desde hace más de 10 años- nuestras autoridades se han venido reuniendo primero con los Directores de los Hospitales, luego con autoridades del Ministerio de Salud Pública y en los últimos años con las diferentes autoridades de ASSE. En todo momento las autoridades han reconocido la situación y nos consta que se ha puesto la mayor buena voluntad para mejorarla, conscientes de la necesidad de prestar una adecuada atención al paciente. Sin embargo, las acciones no han tenido impactos significativos en los resultados.

A esta situación no deseada por ninguno de los actores involucrados, que puede obedecer a múltiples factores -entre otros, la complejidad del sistema público y los múltiples procesos asistenciales que deben coordinarse para dejar los recursos de puerta de emergencia disponibles- se agregan los frecuentes problemas sociales de los pacientes a los que deben enfrentarse los funcionarios médicos y no médicos que trabajan en el sector público.

En el año 2010, entre otras medidas, se instaló un sistema de coordinación por parte de ASSE que definió que, previo al traslado para internación en servicio de puerta hospitalaria, el encargado de la cabina asistencial de la unidad móvil debía llamar al centro coordinador para ver qué destino se le asignaba. Esto no generó una mejoría en el tiempo real de espera, sino que pasó a descomponerse en dos segmentos: uno correspondiente a la espera de asignación de destino-cama, por parte del centro coordinador de ASSE, y otro segmento correspondiente a la espera de que el recurso asignado estuviera realmente disponible. Esto llevó a que la anterior espera de dos horas promedio en los servicios de puerta de los efectores de ASSE pasara a tener un promedio de una hora y 15 minutos, mientras que la espera, entre que se llama a la coordinadora y se indica al móvil, a qué efector de ASSE trasladar, es de unos 45 minutos. Es decir que el tiempo total de espera es el mismo, con el agravante de que los pacientes y familiares esperan ansiosos dicha asignación, lo que genera tensión y riesgo de agresión, en muchos casos, al equipo asistencial.

El sindicato que representa a los trabajadores de nuestras empresas -REM- comparte nuestra preocupación por esta situación y emitió un comunicado. A continuación, leo textualmente parte del mismo: «En primer lugar, afirmar que la demora en las puertas de emergencia de los hospitales públicos para recibir pacientes trasladados tanto por las emergencias móviles privadas como las públicas NO es un tema nuevo. A diario las diferentes ambulancias deben permanecer varias horas con el paciente arriba hasta que el mismo sea aceptado en la puerta de emergencia, incluso con pacientes delicados. Esta situación también se da, en menor grado, en las instituciones privadas.

Más allá de que las ambulancias cuenten con el equipamiento adecuado para atender a un paciente, el mismo debe ser recibido en el centro hospitalario para su tratamiento.

Es claro que en el caso de los hospitales públicos la saturación de pacientes a ser atendidos genera este tipo de situaciones, pero sin duda deberá analizarse la capacidad de resolución a los efectos de revertir esta cotidiana situación de espera de las ambulancias.

A diario es común ver colas de ambulancias en los diferentes hospitales. Dicha espera genera un estado de ansiedad del paciente y su familia, que a su vez se transmite al equipo asistencial, haciéndolo responsable de lo que sucede, además de generar confrontación entre el personal de las puertas de emergencia y el de las ambulancias.» Aquí finaliza el comunicado realizado por el sindicato.

En estos momentos podría asignarse a esta situación un sesgo político que queremos descartar totalmente ya que este es un problema que tiene, como dijimos, más de 10 años. Es importante destacar la apertura, la buena intención y la vocación de colaboración de las autoridades de ASSE, que nosotros compartimos. En este último período ASSE ha generado protocolos para el traslado oportuno de pacientes atendidos por ese prestador público que requieren la realización de procedimientos específicos para patologías graves. Esto, desde nuestra perspectiva, agrega valor a la propuesta asistencial de ASSE y mejora sustancialmente la asistencia de estos pacientes, brindándoles un servicio de primer nivel que compite con ventajas aún con el sistema privado local y de muchas partes del mundo. Pero no seríamos honestos si no reconociéramos que la problemática de la espera en las puertas de emergencia subsiste y que es un hecho real sobre el que hay que trabajar para darle una solución definitiva, tomando en cuenta que un efector de ASSE, como el Hospital Pereira Rossell, lo tiene resuelto desde hace años.

En resumen, venimos en representación de un sector que tiene un lugar fundamental en nuestro sistema de salud, que realiza un millón y medio de asistencias por año con una capacidad de resolución del 95%. El 5% de los pacientes que son trasladados a puertas de hospitales en el área metropolitana tienen una espera promedio de dos horas, con picos de hasta diez horas, lo que genera dificultades a los pacientes. Sigue siendo nuestra intención dar solución definitiva a este tema.

SEÑOR SOLARI.- Es un gusto recibir a nuestros invitados. Quiero agradecer la información que nos ha sido proporcionada, que es muy rica y que revela la preocupación por mejorar la asistencia y hacer un mejor uso de los recursos con los que cuentan las empresas que nos están visitando: recursos humanos en términos de enfermería y de personal médico, y recursos tecnológicos en términos del equipamiento con que cuentan estas ambulancias para la estabilización y el traslado de los pacientes al centro asistencial.

Tal vez la información que más me hizo reflexionar fue la diferencia de espera promedio entre el Hospital Pereira Rossell y los demás hospitales de ASSE, por una razón muy particular: quienes se internan en el Hospital Pereira Rossell no son notoriamente distintos en cuanto a su patología o extracción social de quienes se internan en otros hospitales de ASSE en el área metropolitana. Entonces, quería pedir a la delegación alguna reflexión adicional sobre por qué en el Hospital Pereira Rossell se logra una resolución del paciente que es coordinado y llega en una ambulancia en un tiempo promedio similar al de las mutualistas, pero no ocurre lo mismo en otros hospitales de ASSE del área metropolitana.

La segunda pregunta tiene que ver con la estacionalidad de esas esperas. Al parecer, en los meses de invierno la espera promedio para los pacientes adultos tiende a ser más alta que en los meses de verano. En virtud de que en la presentación no se hizo referencia a ese hecho, me gustaría saber si eso es realmente así. En caso de que así sea, quiero saber en qué hospitales públicos se dan las esperas más prolongadas. Asimismo, quiero saber si se tiene información acerca de cuánto es la espera en el Hospital de Clínicas, en el Hospital Militar, en el Hospital Policial y en los dos principales hospitales de ASSE que reciben pacientes adultos: el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Realmente, no nos corresponde a nosotros ahondar sobre los motivos por los cuales hay una diferencia sustancial, ya que no conocemos en profundidad cuál es el *back office* de los diferentes servicios. En el caso, por ejemplo, del Hospital Pereira Rossell vemos que hay una actitud muy proactiva de los médicos de guardia, quienes intentan hacer una clasificación rápida de los pacientes al momento de llegar la ambulancia. Tal vez en ese hecho, que comúnmente se denomina *triage* o clasificación, pueda estar una de las claves para explicar esa diferencia, que también puede vincularse a una cultura organizacional. Reitero que desconozco el hecho en profundidad porque no hace a nuestra gestión.

Con respecto a la estacionalidad de las demoras, me gustaría que el doctor Díaz hiciera uso de la palabra ya que cuenta con información más precisa sobre el tema.

SEÑOR DÍAZ.- Muy buenas tardes. Sin lugar a dudas, es en el invierno que internamos mayor número de pacientes por las causas que todos conocemos: las enfermedades cardiovasculares, las virosis y las enfermedades respiratorias. Sin embargo, las demoras no necesariamente se producen ahí. A modo de ejemplo, este año en el mes de enero tuvimos un promedio de demora de 2 horas y 38 minutos, mientras que en el mes de julio fue de 2 horas y 5 minutos. ¿Cómo se explica eso? En el mes de mayo nos reunimos con el Directorio de ASSE y se llevaron a cabo varias acciones en relación a los planes de invierno, reforzando diferentes puertas de emergencia y generando una unidad de corta estancia como refuerzo. Ejemplo de ello es el Hospital Piñeyro del Campo, que tuvo una unidad de apoyo de invierno que se cerró hace dos días. Quizás eso haya provocado la disminución del tiempo de demora durante este mes de invierno. Por su parte, los promedios del mes de agosto son de 2 horas y 21 minutos.

Con respecto a las demoras puntuales, en cada uno de los lugares se alternan mes a mes. Generalmente, el Hospital Maciel es uno de los lugares en que hay más demora y es el que recibe mayor cantidad de pacientes; le sigue el Hospital Pasteur. Sin embargo, hay meses en que el Hospital Pasteur pasa adelante del Hospital Maciel. Básicamente, esos son los hospitales que en un mes u otro se disputan los mayores tiempos de espera.

SEÑOR VÁZQUEZ.- De acuerdo a nuestros registros, el Hospital Policial tiene un promedio de espera de 15 minutos y el Hospital Militar de 19 minutos. En el sector privado el promedio de espera también es variable. Si bien no tengo datos desagregados, el promedio está en 15 minutos y en algunos períodos pico llega a 18 minutos, pero no más de eso.

SEÑOR SOLARI.- ¿Y en el Hospital de Clínicas?

SEÑOR VÁZQUEZ.- El Hospital de Clínicas está más o menos en el mismo rango que los hospitales que mencioné anteriormente: el Hospital Maciel y el Hospital Pasteur. El Hospital Español está en un rango similar.

SEÑOR AGAZZI.- Me sumo al agradecimiento a la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay, que pidió ser recibida para conversar sobre este tema. Debemos reconocer que fue una opción responsable hacia la salud de la población del país.

En realidad, esta Cámara está integrada por 45 empresas que cumplen con la atención de la salud en casos de emergencia y asistencia médica extrahospitalaria. Cuando uno piensa en la atención sanitaria de la población, se centra en los establecimientos fijos y no en las unidades móviles, pero estas son un punto de asistencia muy importante. Entonces, más allá del tiempo de espera -que es el tema central- quisiera plantear otros aspectos.

Esta Cámara es un integrante del sistema de salud, un integrante que se mueve -aunque está demasiado tiempo quieto, según dicen- entonces…

(Interrupción del señor Presidente que no se escucha.)

-Seguramente, eso debe tener repercusión en los costos y, además, como bien se planteó, en la calidad de la atención. Más allá de todo eso, quisiera preguntarles cómo ven la conexión entre la asistencia extrahospitalaria que dan las empresas integrantes de la Cámara y el posterior tratamiento de los pacientes. Esto resulta clave desde el punto de vista de la calidad asistencial. Aunque la asistencia primaria sea rápida, si ese trabajo no está bien conectado con el que se hace posteriormente en los establecimientos fijos, no creo que se llegue a un resultado final exitoso, que es lo que a todos nos interesa, y no que cada uno esté conforme con lo que hace. La Cámara debe tener una visión de esto que quizá sea diferente en los distintos puntos del país, y también dependerá de la empresa; eso es lo que se nos dice, que es entendible porque en 45 empresas debe haber un universo muy amplio de procederes y, además, los distintos hospitales tienen sus diferencias por la calidad del hospital y por los pacientes que a él concurren. Entonces, ¿cómo ven la situación desde ese punto de vista? ¿El trabajo extrahospitalario que hacen se anastomosa con la atención hospitalaria de los pacientes? ¿Es ese un asunto a mejorar? Más allá de las demoras y de los tiempos insumidos, me estoy refiriendo a la calidad de la atención.

SEÑOR DÍAZ.- En el Uruguay los servicios extrahospitalarios, por suerte, tienen muy buen nivel de calidad. Aclaro que hablo por Unidad Coronaria Móvil, que ya lleva 35 años prestando este tipo de servicio, pero tanto mis colegas…

SEÑOR PRESIDENTE.- Fue la primera empresa que surgió.

SEÑOR DÍAZ.- Exactamente. Siempre le digo a todo el mundo que en caso de que me tenga que dar un infarto, desearía que fuera en Uruguay. Esto lo digo en serio porque cualquiera de las empresas que trabaja en el ámbito extrahospitalario tiene un nivel de atención muy bueno. Antes prestábamos servicios prehospitalarios, pero ahora son servicios extrahospitalarios porque nos dedicamos a la atención fuera del hospital; como bien lo definió el señor Senador Agazzi, trabajamos extramuros. Y ese muy buen nivel de atención se debe, por un lado, a que por suerte todavía tenemos médicos en las ambulancias -afortunadamente es así y no como en otros lugares del mundo de primer nivel, donde la atención la hacen los paramédicos-; y, por otro, al nivel técnico del recurso humano, que para nosotros es clave.

Sin lugar a dudas, desde hace 35 años esa labor extramédica, aunque es perfectible, se complementa bastante bien con la atención intramuros. No cabe la menor duda de que es perfectible y de que tenemos que establecer más lazos, pero creo que el desarrollo de los sistemas extrahospitalarios ha logrado un muy buen nivel de conexión con la atención intrahospitalaria, y la prueba está en estos 35 años de trayectoria. Es más, considero que colaboramos muchísimo en la mejora del costo asistencial global. ¿Por qué digo esto? Porque detectamos precozmente; cuando estamos en el domicilio del paciente ya estamos tratando el infarto y lo llevamos rápidamente al centro asistencial. No hablo solamente de nosotros, sino también del servicio 105 de ASSE y de cualquier otra empresa que desarrolla actividad extrahospitalaria. Creo que es capital y de primer nivel de calidad el hecho de estar en la casa, llegar a donde está el paciente y empezar a tratarlo. De esa manera, el costo global -que repercute en el sistema integral- se reduce, sin lugar a dudas.

Hablábamos de que vemos con buenos ojos lo que ha hecho ASSE en cuanto a los accidentes cerebrovasculares y a los infartos de miocardio -circunstancias que vamos a integrar a este grupo- porque creo que pone a Uruguay entre los primeros del mundo en cuanto a llevar rápidamente al paciente.

Entonces, contestando la pregunta formulada, creo que tenemos una buena relación que, por supuesto, siempre es perfectible. Fíjense los señores Senadores que la mayoría de las veces -el 90%- que estamos enfermos no nos encontramos en el hospital sino fuera de él. Pensemos en cuando nos enfermamos y en qué hacemos; tal vez algunos de los señores Senadores terminen atendiéndose con alguna de nuestras empresas, apuntando a solucionar el problema en el lugar. Me parece que eso vale mucho.

Además, en el año 2009 se demostró, en plena epidemia de gripe H1N1, que la contención que logró Uruguay frente a esa pandemia fue porque, por suerte, teníamos un buen desarrollo del sistema extrahospitalario. No permitimos que los pacientes fueran a los hospitales, que era lo que pasaba en Buenos Aires y veíamos en la televisión todo el tiempo. En esas circunstancias fuimos nosotros quienes demostramos que no solo éramos buenos en la emergencia sino también en la contención y en extramuros. No queremos trasmitir la idea de que esto sea lo más importante de la salud, en absoluto, pero sí que somos buenos en extramuros.

Espero haber contestado la pregunta.

SEÑOR PRESIDENTE.- Por mi parte, también me gustaría hacer algunas preguntas.

Escuché con mucho interés lo que se ha dicho porque, a veces, uno desconoce cómo funcionan, en los hechos, estas cosas, aunque vea circular a las ambulancias y a veces las llame. En lo personal, también ignoraba el volumen de empresas que integra este sector que, seguramente, debe emplear a miles de personas, más concretamente, a unas seis mil, como se me acota.

Mi primera pregunta apunta a saber cuál es la dotación de las ambulancias, es decir, si estamos hablando de un médico, un enfermero y un chofer.

Voy a efectuar dos o tres consultas más. Se ha hablado de comparaciones históricas y me gustaría saber si, en los últimos años, esto ha sufrido un proceso de deterioro o si existió siempre así.

Claro está; seguramente el número de empresas fue creciendo y se extendió desde Montevideo hacia todo el resto del país pero, seguramente, deben ser realidades diferentes porque hay empresas que actúan en el interior del país, aunque nuestros invitados han hablado solo de Montevideo. En definitiva, quiero saber si ese fenómeno se da solo en los grandes hospitales de Montevideo o también en las unidades asistenciales del interior. Creo que el último hecho doloroso tuvo lugar entre Canelones y Montevideo, en esa «frontera», porque esas cosas cobran notoriedad cuando se muere alguien en ese tipo de condiciones.

Quisiera conocer un poco la realidad, es decir, si es toda igual o si es diferente. Por los números que han aportado nuestros invitados, no hay ninguna duda de que hay una enorme diferencia entre el sistema público y el privado. Estamos hablando de 15 o 18 minutos contra más de dos horas, lo cual es una inmensidad.

Apunto a hallar la explicación de esto y, también, a conocer su propia realidad, es decir, qué costo adicional les significa la incorporación de vehículos y de personal, e incluso -soy abogado- está el tema de los juicios por responsabilidad médica. Quisiera saber si han tenido problemas de esa naturaleza como consecuencia de agravamiento de situaciones, defunciones o lesiones. En resumen, me gustaría conocer la realidad, que me imagino que debe ser bastante diversa en todo el territorio nacional.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Son muchas preguntas en una.

La primera respuesta es que las 45 empresas son de todo el territorio nacional. El problema de la demora en puertas de emergencia está restringido, fundamentalmente, al área metropolitana, principalmente Montevideo.

Quiero decir que aquí tenemos a representantes de la empresa que fundó el servicio de emergencia médico móvil en el Uruguay y en el mundo. En lo que tiene que ver con la dotación de las ambulancias, originalmente era de un chofer, un enfermero y un médico. Con el progreso de la historia cambió la relación que tuvieron estas empresas de asistencia médica con el usuario, que cada vez más empezó a demandar servicios diferentes.

Esa empresa fundadora nace, curiosamente, como un servicio para emergencias cardiológica, no se iba a otra cosa que no fuera para eso, y por eso es el nombre. Después aparece el SEMM -representado aquí por el doctor Prosper- que introdujo el tratamiento pediátrico, el tratamiento agudo de niños, que luego también lo incorporó la UCM.

Posteriormente, la gente empezó a llamar por otras cuestiones para tratar de resolver los problemas de salud que no tenían respuesta, y ahí se generó un servicio, una red de asistencia que tomó una importancia mucho mayor y, a nuestro juicio, hoy forma parte de la idiosincrasia uruguaya. Creo que en la actualidad la población se sentiría muy desamparada sin servicio de emergencia móvil. Entonces, también tuvo que cambiar la infraestructura de recursos. Para hacer los llamados en algunos casos tenemos móviles de mediana complejidad que tienen un enfermero chofer -es decir, una persona que cumple con las dos funciones- y un médico; y para otros, de menor complejidad, contamos con autos con chofer y un médico. Así que tenemos todas las posibilidades. Hemos sido testigos vivos de cómo ha ido evolucionando el sector y cómo ha ido cambiando en estos últimos años.

Quiero aclarar que no se trata de un tema público versus privado, porque los hospitales Pereira Rossell, Policial y Militar son públicos y no tienen esas demoras. No se trata de denostar lo público contra lo privado. Hay efectores públicos muy importantes que, desde nuestra perspectiva, cumplen; no

queremos hacer un juicio diciendo que hay otros que lo hacen mal. Desde nuestro punto de vista un indicador de calidad de cómo se debe asistir a los pacientes en puerta, es que se lo atienda lo más rápido posible.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Qué costo adicional les ha representado esto? ¿Han tenido algunos problemas de responsabilidad, de accionamiento por responsabilidad médica?

SEÑOR DÍAZ.-. Voy a terminar de contestar la pregunta sobre el interior. Sin lugar a dudas hay diferencias; por ejemplo, en este momento tendría que estar de guardia en el interior y estoy acá, pero me están cubriendo. Lo que sucede es que allí es menor el volumen, el hospital tiene otra función y la atención es más ágil; realmente no se generan estos problemas.

Por otro lado, uno de los inconvenientes que generan las demoras no es el costo material, sino el costo logístico de reponer una ambulancia que está secuestrada -así le decimos nosotros- o inmovilizada en una espera. No es por la ambulancia en sí, sino por lo más valioso que son los recursos humanos. El problema es cómo conseguir otro recurso humano para suplantar en ese momento a la ambulancia que está esperando cuatro o cinco horas y no la tenemos para lo cual fue creada. Generar otra unidad física es fácil porque se logra comprando otra ambulancia, el problema es suministrar el personal capacitado y poder decir: «Venite a cubrir esta guardia en este momento», porque además la espera es aleatoria. Es decir que se trata de un tema de logística y de recursos humanos. Sin lugar a dudas estar distraídos u ocupados en otro lado nos pone en riesgo de incumplimiento legal frente a quienes tenemos obligaciones.

SEÑOR VÁZQUEZ.- Hoy comentamos con el doctor Prosper las infinitas situaciones que se dan como consecuencia de esto. Nosotros para calefaccionar el receptáculo donde está el paciente debemos tener el motor encendido, lo que genera polución, gasto y desgate del motor. Incluso se generan anécdotas muy jocosas. Cuando se nos acaba el oxígeno tenemos que mandar a buscarlo; debemos cambiar los equipos de enfermeros que trabajan seis horas, y debemos tener en cuenta que a veces están seis horas en una ambulancia y tienen que cambiar de turno. Esto genera un trastorno porque en el momento del traslado de los funcionarios se generan huecos y, por lo tanto, no están trabajando en ningún lado. Como consecuencia de esto hay un claro gasto que se traduce en desperdicio e ineficiencia.

Felizmente, hasta el momento no hemos tenido juicios por estos casos. Sí hubo una denuncia en el año 2010 de una emergencia que no forma parte de la Cámara que motivó una apelación en segunda instancia. Podemos dejar la copia de un fallo, en el cual se intima al servicio de puerta emergencia que atiendan inmediatamente a los pacientes cuando presentan una patología grave que amenace la vida o una función. Es el único caso que tenemos para mencionar.

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos la presencia de los representantes de la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay. Su exposición nos ha resultado muy interesante.

(Se retiran de Sala representantes de la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay.)

(Ingresa a Sala una delegación de integrantes del Directorio de ASSE.)

La Comisión de Salud Pública del Senado tiene el gusto de recibir a una delegación de miembros del Directorio de ASSE, integrada por su Vicepresidente, el doctor Enrique Soto; el doctor Marcelo Sosa; el señor Wilfredo López, representante de los usuarios; la doctora Alicia Ferreira, Gerenta General; la doctora Gabriela Medina, Gerenta Asistencial; el doctor François Borde, Director de la Unidad Ejecutora Nº 105; el doctor Pablo Ferra, Director del Centro Coordinador y la doctora Estela Nogueira.

En lo personal, me alegro de que ASSE se haya democratizado, ya que hoy también concurre a esta reunión el representante de la oposición, lo cual me parece muy positivo.

Hace unos momentos recibimos a la Cámara de Emergencias y Asistencia Extrahospitalaria del Uruguay, quienes nos plantearon una serie de problemas que se generan en cuanto a demoras asistenciales en algunos nosocomios que tienen realidades heterogéneas. Incluso, hubo una suerte de polémica pública con respecto a un hecho muy desgraciado que creo los Directores de ASSE y sus asesores serán los primeros interesados en aclarar o dar sus fundamentos.

SEÑOR SOTO.- En primer lugar, queremos disculpar a la Presidenta del Directorio de ASSE que por razones de agenda no ha podido concurrir en el día de hoy, pero le hubiese gustado estar con nosotros para realizar las explicaciones del caso.

En segundo término, como siempre, es un placer participar de las citaciones de esta Comisión para dar explicaciones y discutir con los señores Senadores los hechos que consideren necesarios.

Hemos tenido un problema, como muy bien manifestó el señor Presidente, hace unas semanas. Como consecuencia de este se ha desatado cierta polémica -fundamentalmente a través de los medios de comunicación- sobre los tiempos de demora en las emergencias de los hospitales de ASSE. Debido a esos hechos nos reunimos con la Cámara de Emergencias el día 14 de agosto, para analizar, sobre todo, cómo podíamos compatibilizar sus números con los nuestros, así como también a qué se deben las demoras.

Entendemos que las emergencias móviles están cumpliendo un rol fundamental en la cadena asistencial de nuestro país y que es posible que se den algunas situaciones que en conjunto debemos corregir. Percibimos una muy buena disposición de la Cámara de Emergencias para trabajar en forma conjunta con nosotros, de manera de solucionar esos problemas.

Además, en esa reunión hemos recogido algunos conceptos por parte de los representantes de dicha Cámara, que nos gustaría transmitir en el día de hoy. En primer lugar, que estamos hablando de un viejo problema de las puertas de emergencia. Por tanto, no estamos hablando de una situación que se dio este año, sino que es un problema que, según ellos, data de hace más de diez años. Es cierto que en los últimos períodos han notado un notorio avance del problema de las demoras, particularmente, en el 2013 y lo que va del 2014, pero reconocen que se ha mejorado en los tiempos de espera.

Asimismo, nos han trasmitido algunos datos que nosotros ya poseíamos, que es bueno recordar, por ejemplo, que la demora en algunos hospitales públicos es similar al sector privado. Es el caso del Centro Hospitalario Pereira Rossell, que ronda los trece minutos. Además, en el transcurso de los años 2013 y 2014 se han instrumentado una serie de medidas que nosotros consideramos importantes en esta dirección, que ellos valoran -como nosotros también, por supuesto- que han reducido el tiempo de espera de los pacientes y que han mejorado la atención en forma cualitativa. Podemos mencionar, por ejemplo, el programa de atención del ataque cerebrovascular -ACV- que ayer presentamos en la Torre Ejecutiva, ya con los primeros veinte pacientes, que tienen trastornos circulatorios cerebrovasculares agudos de causa isquémica que se pueden reperfundir rápidamente con fibrinolíticos, como el RTPA, que es un fibrinolítico que estamos utilizando. Esto tiene la ventaja de que el paciente no sufre demora, ya que ingresa directamente a la Unidad de ACV y se reperfunde ese vaso. Estos pacientes, que habitualmente tenían cuadros severos, muy invalidantes, como las hemiplejias, salen caminando prácticamente a las 72 horas. Eso tiene una repercusión sumamente positiva por varias razones. Primero, para el paciente, porque se recupera casi completamente. Segundo, porque no hay demoras en la atención. Y en tercer lugar, porque se ha georreferenciado su asistencia en dos lugares: el Hospital Maciel y el Hospital de Clínicas, con protocolos en ambos lados. El sector público está liderando el tratamiento de estas patologías, lo cual merece ser destacado.

Asimismo, tenemos otros ejemplos, como es el caso de las hemodinamias. Los pacientes que tienen síndromes coronarios agudos o infartos angor inestables van directamente al Hospital de Clínicas, con el que tenemos un convenio. No pasan por las emergencias, sino que van directamente al

Hospital para hacerse la hemodinamia y, eventualmente, angioplastia o cirugía cardíaca.

Los pacientes que están en situación crítica, que nosotros catalogamos como Clave Uno, no tienen demora, sino que ingresan directamente a las unidades de cuidados especiales o cuidados intensivos según su patología.

Tenemos un sistema de catalogación de los pacientes de acuerdo con su grado de gravedad cuando concurren a emergencia. Nosotros monitoreamos, semana a semana, el porcentaje de pacientes verdes, amarillos o rojos, según el estado de gravedad. En las últimas semanas -quizá después nuestra Gerenta Asistencial, la doctora Gabriela Medina pueda ahondar en estos datos- hemos tenido un promedio de 86% de pacientes verdes, es decir, con bajo riesgo, que son derivados a nuestras emergencias. Cabe destacar, simplemente para que manejen algunas cifras grandes, que en este período del año, el número de pacientes que ASSE atiende por semana en nuestras emergencias ronda entre 20.000 y 22.000, lo cual habla de una cantidad bastante importante. En la región sur, como les decía hoy, el área de Montevideo y el área Metropolitana está en el entorno de 7.000 en esta época del año.

Ya desde el año pasado hemos instrumentado un plan, llamado Plan Invierno, por el cual monitoreamos día a día la situación de nuestras emergencias y los CTI para tener catalogados los grupos patológicos que ingresan a nuestras unidades de emergencia y unidades de cuidados críticos.

En esta misma dirección, para disminuir las esperas, hemos instrumentado una unidad de corta estancia que funciona en el hospital Piñeyro del Campo. Es para pacientes catalogados como verdes, de bajo riesgo, a los que necesitamos hacer algún estudio para tener una certeza diagnóstica o para estabilizarlos de alguna patología que no sea grave. Nos parece que esta unidad de corta estancia, que ya funcionó en 2013 y ha sido elogiada por algún medio de prensa, ha resuelto una gran parte de este problema. En lo que va del invierno han pasado por allí unos quinientos pacientes, a quienes se dio de alta rápidamente luego de recibir un diagnóstico o de que fueran derivados a otras unidades más complejas.

La suma de todas estas acciones, es decir, los procedimientos de hemodinamia rápidos, procedimientos de accidentes cerebro vasculares en forma rápida, unidades de corta estancia, el *triage* y la disposición y planificación que se generó desde ASSE para fortalecer los recursos humanos en este período, ha logrado que las emergencias de los hospitales públicos hayan funcionado bien. Es cierto que todavía quedan algunos problemas por resolver, pero el juicio que emite la Cámara de Emergencias es que se ha notado una mejoría en comparación a años anteriores con respecto al manejo de las emergencias móviles. A mi juicio, eso está fundado en estas medidas que hemos tomado a lo largo del año.

Lo que resta es continuar trabajando con las emergencias móviles, protocolizar bien los pacientes que son derivados y continuar mejorando en lo que tiene que ver con la categorización y catalogación de los pacientes en las respectivas emergencias.

A manera de resumen, así es como estamos funcionando. Vuelvo a repetir que nuestra relación con la Cámara de Emergencias es muy buena, con óptima disposición de ambos lados para intercambiar información y mejorar lo que sea en beneficio de nuestros pacientes.

SEÑOR SOLARI.- Agradezco a los miembros del Directorio de ASSE y a los funcionarios que aceptaron la invitación para venir a conversar con la Comisión a propósito de los tiempos de espera de los pacientes en las puertas de algunos hospitales de la Administración.

Básicamente, son dos las preguntas que deseo formular. En primer lugar, me gustaría saber cuál es la razón por la que las esperas en algunos hospitales públicos -incluso en algunos de ASSE- son notoriamente más cortas que en otros. Me refiero a un promedio de quince minutos versus dos horas y media. ¿Cuál podría ser la razón por la cual los Hospitales Maciel, Pasteur, Español, Clínicas -soy consciente de que este no depende de ASSE- tienen un promedio de espera por encima de las dos horas mientras que en el Centro Hospitalario Pereira Rossell, en la mayoría de los hospitales del interior -por fuera de la zona metropolitana de Montevideo- y en los Hospitales Policial y Militar los tiempos de espera son promedialmente similares a los de los prestadores privados, que son de entre quince y veinte minutos. Notoriamente son tiempos muy distintos; entonces, tiene que haber algún tipo de reflexión a propósito de esa diferencia.

Además, curiosamente, de acuerdo con lo que manifestaron los representantes de la Cámara de Emergencias Médicas, los tiempos de espera prolongados en los hospitales Maciel, Pasteur y Español no varían entre el invierno y el verano, sino que en ambas épocas del año son de algo más de dos horas. ¿Cuál es la razón que explica esa diferencia? Esta es la primera interrogante que quiero dejar planteada.

En segundo término, algunas manifestaciones de los representantes de la Cámara de Emergencias son llamativamente coincidentes con lo expresado por el Vicepresidente de ASSE, pero otras son discrepantes, y a mí me interesaría profundizar en estas últimas. Ellos manifestaron que ASSE continuaba mostrando una actitud proactiva para tratar de reducir los tiempos de espera. En ese sentido hicieron mención, fundamentalmente, al sistema de coordinación, que motivó que el tiempo promedio de espera de más de dos horas se dividiera en dos etapas: una parte en la que se solicita a la coordinadora de ASSE el destino al cual va a ser enviado el paciente y otra parte que corresponde a la espera misma en la puerta del hospital para poder ser ingresado. Sobre este aspecto dijeron que la creación del sistema de coordinación y la protocolización -a la que también hicieron referencia- evidencian que las autoridades de ASSE están preocupadas por el tema; sin embargo, no fueron tan optimistas como para decir que el problema hubiera mejorado. Es más; señalaron que los tiempos de espera no han cambiado. Entonces, ahí hay una discrepancia respecto a lo que manifiestan las autoridades de ASSE y, por eso, estoy pidiendo que se haga una reflexión sobre este punto.

SEÑOR SOTO.- Agradecemos al señor Senador Solari sus comentarios y trataremos de responderle en la medida de nuestras posibilidades.

¿Por qué se dan diferencias entre las puertas de emergencias?

Los pacientes son referenciados a una u otra puerta según su patología y, en ese aspecto, puede producirse una sobrecarga de pacientes en un lugar al que son referenciados en determinada época del año. Las enfermedades cardiovasculares fundamentalmente son referenciadas al Hospital Pasteur y al Hospital de Clínicas y, en segundo lugar, se las referencia a los Hospitales Maciel y Español. Entonces, en aquellas épocas del año donde hay una gran incidencia de las patologías cardiovasculares -que en las emergencias rondan el entorno del 20% o 22%- se derivan a una o a otra puerta según la predominancia. En algunos períodos del año disminuyen las enfermedades respiratorias y predominan las enfermedades cardiovasculares, por lo que estos centros de referencia que mencioné antes tendrán un mayor flujo de pacientes.

Un segundo grupo de patologías lo constituyen las enfermedades respiratorias, que tienen como centros de referencia a los Hospitales Pasteur, Español y Maciel, en ese orden; un tercer grupo lo conforman las enfermedades neurológicas, que tienen como centros de referencia a los Hospitales Maciel, Clínicas y Pasteur; y hay un cuarto grupo, constituido por los traumas y los intentos de autoeliminación. De acuerdo con la predominancia de cada una de estas patologías a lo largo del año, se irá a un centro o a otro; por eso en determinados momentos en algún centro se produce una sobrecarga de pacientes y, en otros, una disminución.

Hemos analizado los indicadores de producción -la cantidad de pacientes que van a cada una de las puertas- y los indicadores de calidad. Los tiempos se encuentran dentro de lo que denominamos indicadores de calidad. Ahora bien, según nuestros análisis, estos tiempos que forman parte de los indicadores de calidad se dividen, no en dos sino en tres. Uno es el tiempo de demora que se produce a partir de que un paciente llama a una emergencia, mientras esta acude y el médico hace el examen correspondiente para llegar a un diagnóstico y decidir si debe trasladarlo o no. Luego hay un segundo tiempo vinculado con la coordinación del traslado del paciente en caso de ser necesario. Si el médico entiende que el paciente debe ser trasladado a una emergencia o un centro que tenga un nivel de tratamiento más complejo, llama a la coordinadora de ASSE. Esto ha sido un avance en lo que tiene que ver con la gestión de la red asistencial; ahora todas las emergencias llaman a la coordinadora y ésta indica donde debe ser derivado el paciente. Eso insume un tiempo, mientras la coordinadora ve adonde se debe enviar al paciente, para lo que se tiene en cuenta las referencias y la disponibilidad. Y un tercer tiempo es cuando llega la emergencia móvil a la unidad de asistencia que le fue asignada.

Por nuestra parte, hemos analizado esos tiempos. Algunos de ellos son responsabilidad directa de ASSE y, otros, son producto del trabajo que debemos realizar con las emergencias móviles. En el traslado del paciente, por ejemplo, la responsabilidad ya no es solo nuestra. Se puede demorar más en ese segundo tiempo donde, como dije, ya no es solo responsabilidad de ASSE -hay una emergencia móvil que dirige el doctor François Borde, por lo que quizás él pueda explicar esto mejor- porque el tiempo depende de la emergencia móvil, y allí inciden varios factores, entre ellos, la zona de Montevideo, la hora de que se trate -lo que incide en el flujo del tránsito- y la eventualidad de que haya que desafectar esa unidad -por haber surgido otra situación más grave- y hacerse un traslado a otro móvil. Si hay un paciente con categoría «verde» y sale un llamado de otro paciente con una situación crítica, el primero deberá ser trasladado a otro móvil -porque puede esperar- a fin de que la unidad atienda al que se encuentra en la situación más crítica. Por tanto, debemos mirar la situación en toda su dimensión y durante el transcurso de los tres tiempos, donde las responsabilidades son compartidas entre las emergencias de ASSE y quienes realizan el traslado.

SEÑORA FERREIRA.- Complementando lo que planteaba el doctor Soto, debo decir que es importante distinguir estos tiempos. En el caso de los niños, las emergencias móviles saben que solo van a trasladar al Hospital Pereira Rossell porque es el único hospital de niños. ASSE tiene, en el área metropolitana, un 15% de menores de 14 años, pero el número de adultos que las emergencias trasladan es bastante mayor y eso también incide.

Además, es importante recalcar que según las mediciones que realizamos -de manera muy precisa- semana a semana, el tiempo promedio que transcurre entre la llegada de la ambulancia a la puerta del hospital que le fue referenciado y el acceso del paciente a una cama o camilla de observación, en los últimos meses ha sido de menos de media hora en los Hospitales Maciel, Pasteur y Español, y es igual en los hospitales de adultos y en el Hospital de Niños. Lo que las emergencias móviles plantean como un promedio de alrededor de dos horas, tiene que ver con el tiempo que transcurre entre que el médico ve al paciente en su domicilio, el centro coordinador le asigna un hospital al cual puede ir y, después, entre que el paciente sube a la ambulancia, viaja en ella y va al hospital que le fue asignado como destino. Todo ese tiempo ellos lo miden como un promedio de dos horas. Y si bien ese promedio de tiempo no se redujo sustancialmente -probablemente eso sea lo que ellos manifestaron- sí disminuyó muchísimo el tiempo que transcurre entre la llegada del paciente a la puerta de la ambulancia y su ingreso al hospital. Creo que eso está claro, y más allá del hecho de que los números dicen eso y los representantes de las emergencias móviles también lo reconocieron en las reuniones que mantuvieron con nosotros, lo que ustedes y la población tienen claro es que en los últimos dos años no se han visto aquellas colas de ambulancias que antes se veían en las puertas de los hospitales. Eso muestra que ha habido una mejor gestión, por lo menos, del tiempo entre que la ambulancia llega y entra a la puerta.

La segunda pregunta que planteó el señor Senador Solari se relacionaba con la cuestión de las discrepancias. Esa sería la respuesta: ellos miden todo el tiempo y nosotros estamos planteando el tiempo entre que llega y es visto el paciente, y el tiempo entre que está en el domicilio y se le asigna cama. Esos son los dos tiempos que medimos. No contabilizamos el tiempo que transcurre entre la salida de la ambulancia del domicilio y la llegada a la puerta del hospital; ese tiempo es responsabilidad -exclusivamente- de la emergencia móvil.

SEÑOR SOLARI.- Para que no se cree confusión con respecto a lo que expresaron los representantes de la Cámara de Emergencias Móviles, quiero aclarar que ellos dijeron que luego que se había establecido el sistema de coordinación por parte de ASSE -y reconociendo los esfuerzos realizados por la Administración para reducir los tiempos de espera- , lamentablemente los resultados no habían sido positivos en el sentido de que si previo a todos los esfuerzos realizados el tiempo total de espera era de un poco más de dos horas, entonces no había habido una reducción sustancial. A su vez, hablaron de que ese lapso de aproximadamente dos horas ahora quedaba dividido en dos partes: el tiempo que transcurre entre que se hace la solicitud a la coordinadora y se obtiene respuesta de esta, y el tiempo que se debe esperar en la puerta del hospital. Con relación al primero, para los hospitales de que estamos hablando -Pasteur, Maciel y Clínicas, entendiendo perfectamente bien que el Hospital de Clínicas no depende de ASSE- actualmente ellos están estimando una hora con quince minutos de promedio, con picos mucho más prolongados, y en cuanto al tiempo de espera en la puerta del hospital -una vez que es asignado a una coordinadora y el paciente efectivamente es ingresado- lo establecieron en alrededor de 45 minutos. Quería hacer esa aclaración para que no quedara como que no había sido reconocido el esfuerzo, o que no había discrepancia entre lo que ellos manifestaron y lo que ahora están expresando las autoridades de ASSE.

SEÑOR AGAZZI.- Quisiera preguntar algo más concreto, porque nos fue informado que hay una demora de más de dos horas, con todas las particularidades que ustedes explicaron, pero que se dan picos de demanda. Esos picos son preocupantes porque nadie los quiere; no los quieren los pacientes, no los quieren los servicios extrahospitalarios y supongo que tampoco los quiere ASSE. ¿Por qué se da el pico? ¿Se da porque llega el paciente, se hicieron las coordinaciones y como en el centro hospitalario no hay lugar para recibirlo hay que esperar hasta que se libere una cama, o esto sucede por problemas de organización del trabajo, de las coordinaciones y de que hay que definir si hay que internarlo allí? ¿El problema se debe a que el centro hospitalario tiene pacientes de más y por esa razón hay que esperar hasta que se libere un lugar? De ser así, eso implicaría que hasta que no salga un paciente no puede ingresar otro. Entonces, en ese caso, considerando la cantidad promedio de pacientes que tenemos, faltarían hospitales. Si no, es un problema de la organización del trabajo. En este sentido, ¿cuántas personas tienen que intervenir en el protocolo para resolver que una persona debe ingresar al hospital? ¿Eso funciona bien o hay mucha demora? ¿Hay problemas burocráticos? Cuando la cadena es muy larga, siempre hay problemas burocráticos de eficiencia en un trabajo. Es difícil que todos los que intervienen en la cadena estén tan comprometidos con un resultado eficiente; solamente con el hecho de que uno coloque una piedrita, se detiene una rueda y, por tanto, se tranca el proceso.

En consecuencia, ¿cuál es el problema?

SEÑOR SOTO.- Debo decir que el problema no es consecuencia de un único factor, sino que debe haber una conjunción de dificultades que están incidiendo. En salud las situaciones epidemiológicas existen. También existe cierta cultura que se imprime en la sociedad, que hace que se tienda a resolver todo por la vía de la emergencia. Esa situación también la estamos analizando.

A modo de ejemplo, queremos decir que estamos comparando los datos de 2014 con los de 2012. Así, pues, comprobamos que entre enero y julio de esos dos años hubo un incremento de entre un 20% y un 40%, según los meses, de los pacientes que fueron derivados de las unidades de emergencia móviles privadas.

Este hecho puede deberse a distintos factores. Uno de ellos puede ser que haya más población que esté siendo atendida por las unidades de emergencia móviles privadas. Al tener mejor poder adquisitivo, se adquieren los servicios de una emergencia móvil y eso hace que se incremente la cantidad de personas que tienen que atender esas unidades de emergencia móvil. Esa es una posible explicación. Si fuera así, tendría que haber disminuido la población que es atendida por la emergencia médica pública, que se solicita a través del número de teléfono 105; sin embargo, ese número no disminuyó. Otra posibilidad sería que hubiera disminuido la población que se acerca a las emergencias móviles traídas por los patrulleros u otros medios, pero esa cantidad tampoco se redujo.

Por lo tanto, este es un número que tenemos que analizar, porque no todas las situaciones deben ser resueltas en las emergencias; y tenemos que ver por qué se están dando esos incrementos, tanto en el sector público como en el privado. Este es un dato que tenemos que analizar en conjunto con la Cámara de Emergencias Médicas Móviles y de Asistencia Médica Extrahospitalaria del Uruguay. Seguramente va a ser necesario ajustar los protocolos de traslado de pacientes a las unidades de emergencia.

Este fenómeno no se vive solamente en Uruguay, sino que ocurre también en otros países e, inclusive, con mucha más intensidad que en el nuestro. En este sentido, recientemente estábamos viendo una publicación que emitió el Ministerio de Salud de Chile exhortando a racionalizar la utilización de los servicios de emergencia, justamente, para no sobrecargarlos, en particular, en determinadas épocas del año. Debo decir que esto requiere ajustes que vamos a tener que implementar a través de trabajos en conjunto con quienes trabajan en el área de emergencia.

Este puede ser uno de los motivos -debe haber otros- que debemos analizar para ver si estamos derivando en forma correcta a todos los pacientes para que sean atendidos en las emergencias. Digo esto, porque ese «emergencismo» puede saturar cualquier sistema, ya que las camas están acotadas de acuerdo con cierta previsibilidad que se tiene, pero cuando esa previsibilidad se ve desbordada, el sistema, en el área de emergencias, puede claudicar.

SEÑORA FERREIRA.- Creo que es importante recordar y reafirmar -sé que ya se dijo- que en el caso de los pacientes clave 1 no hay picos, espera ni coordinación. El médico de la emergencia móvil si ve que el paciente es clave 1, es decir, es una emergencia real, lo lleva a la primera puerta de emergencia del hospital que encuentre e ingresa con el paciente, no espera que nadie lo reciba; entra y todo el mundo lo recibe. Ahí no existe esa cadena, de la que se habló, sobre toma de decisiones. El médico levanta al paciente y lo lleva a puerta, lo ingresa y es atendido.

En definitiva, los pacientes que tienen una emergencia real -y que ocupan el 5% de las consultas de emergencia- no esperan, por cuanto sus casos no tienen picos ni promedios.

En el caso de los pacientes clave 2 o clave 3, los picos se producen en determinados momentos en los que hay mayor cantidad de consultas espontáneas, sobre todo en el horario vespertino, que se juntan con las que traen las emergencias móviles. Esos picos pueden ocurrir cuando en una puerta -como decía el doctor Soto- se suman los patrulleros o los coches particulares. Por tanto, es importante recalcar que cuando un patrullero, un coche particular o la propia emergencia encuentra una persona que no sabe qué cobertura tiene, siempre lo lleva al hospital. Recibimos un porcentaje -que varía según los meses- de pacientes y después de atenderlos vemos que tienen cobertura mutual o que no tienen cobertura de ASSE. Sin embargo, el lugar al que se los lleva es el hospital público.

Tiene que quedar claro, entonces, que los pacientes que esperan en las horas pico nunca están graves, sino que fueron llevados desde el domicilio a la puerta del hospital porque deben hacerse algún estudio -que no es posible en su casa- o porque la emergencia móvil los encontró sin la familia o en un lugar donde no se pueden cuidar; es decir que muchas veces por motivos sociales la emergencia móvil los lleva al hospital.

SEÑOR PRESIDENTE.- Soy abogado, no soy médico; pero imagino que debe ser bastante compleja la interrelación que debe existir entre un servicio privado de emergencia y los hospitales públicos o ASSE, sobre todo en cuanto a la comunicación que es telefónica, donde se advierte -de acuerdo con los síntomas del paciente- si es clave 1, 2 o 3. Me imagino que esto no debe ser tan fácil. Esto me recuerda -aunque no tiene nada que ver- al número 911, al que la gente llama por emergencias de otro tipo. ¿Cómo calificarlas y quién las puede calificar?

Me da la impresión -de acuerdo con lo que he escuchado- que la parte más compleja es la coordinación, es decir, ese intercambio privado-público que a veces seguramente tiene algún grado de desconfianza. Da la impresión de que el período más extenso es ahí, porque si comparamos el tiempo de espera entre el sistema privado y el público, es decir 15 minutos y 2 horas respectivamente, vemos una distancia sideral. No sé si es tan así, pero fue la información que brindaron aquí las emergencias.

Seguramente en esos casos no se toma en cuenta el tiempo a partir del que se atiende a la persona en su casa, sino que comienza con el posterior traslado. Repito, en unas puertas de hospitales se demora 15 minutos, mientras que en otros, 2 horas. ¿Quién realiza la fase de coordinación? ¿Alguna oficina en particular o hay que llamar a las unidades hospitalarias? ¿Cómo funciona la coordinación en ASSE?

SEÑOR SOTO.- ASSE tiene un centro coordinador que recepciona todos los llamados, con gente entrenada y calificada para que, según los datos que le brinda el médico que está viendo al paciente en el domicilio, en la calle o en un accidente, se establezca la gravedad y se lo derive al centro que sea adecuado para el paciente. Si es un paciente en estado crítico pasará directamente al CTI, porque como dijo la doctora Ferreira, en ese caso no hay demora, y si la situación no es tan grave se lo deriva a alguna de las puertas, de acuerdo con la patología predominante -cardiovascular, respiratoria o neurológica- donde será atendido. El médico que ve el paciente es el que suministra la información y orienta a quien recepciona el llamado en el centro coordinador para que sea derivado a un lugar o a otro. Esto, en general, en este último período está funcionando bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Hay sinergia.

SEÑOR SOTO.- Así es. Existen determinados códigos de funcionamiento con los cuales se han familiarizado de un lado y de otro, que hacen que ante determinados síntomas, el centro coordinador establezca si el estado del paciente es grave o no, si requiere una asistencia de emergencia o no, si puede esperar o no, y de acuerdo con eso es derivado por el centro coordinador.

La doctora Estela Nogueira, que es la Directora de la Regional Sur, quisiera hacer un aporte.

SEÑORA NOGUEIRA.- Además de lo que dijeron el doctor Soto y la doctora Ferreira, quiero comunicarles que en todas las cabinas de las emergencias móviles privadas está mi teléfono personal, al que pueden llamar cuando tienen alguna demora o hay un paciente con problemas en alguna puerta. Diariamente tengo contactos con todos ellos, y si hay algún problema y no podemos resolverlo, derivamos móviles a los demás efectores públicos. El fin de semana nos apoyaron el Hospital de Clínicas y Sanidad Policial, es decir que hay un trabajo en red que se viene haciendo a lo largo del año, que cuesta, pero a pesar de ello creo que estamos obteniendo resultados.

SEÑOR SOTO.- Simplemente quiero subrayar lo que acaba de decir la doctora Nogueira.

Como los señores Senadores saben, ASSE está dividida en cuatro regiones. La doctora Nogueira es la Directora de la Regional Sur. Ella tiene a su cargo el funcionamiento de los hospitales que están en esa zona. La doctora Nogueira -como recién dijo- dio a las emergencias móviles privadas su celular, para que ante cualquier inconveniente que se pueda generar en esa cadena -porque puede haber alguna falla en el medio- se resuelva inmediatamente. Vale la pena destacar esto, porque las emergencias móviles tienen otros recursos para solucionar un problema ante una situación en la que, a través de los teléfonos, se generara alguna traba.

Otro aspecto que señaló -que es muy importante subrayar- es que ASSE, por ley, coordina la red de efectores públicos en salud; nosotros estamos en continua coordinación con los otros efectores públicos del sistema. Ante una saturación de las puertas de los hospitales de ASSE tratamos de coordinar con los otros efectores públicos -el Hospital Policial, el Hospital de Clínicas y el Banco de Seguros- y en muchas situaciones esto nos es de gran utilidad.

SEÑOR RONDEAU.- Yo soy del interior y veo que al haber aumentado la cobertura a toda la población, hay una recarga grandísima a nivel de las policlínicas. Además, he podido observar que a nivel de la gente hay una tendencia a dispararle a las dificultades para conseguir las policlínicas y haciendo alguna trampita caen en la emergencia. Entonces, a lo mejor los problemas que estamos pretendiendo arreglar en las emergencias, son el reflejo de los problemas que están en otro lado.

Era lo que quería manifestar.

SEÑOR SOLARI.- Mi intervención tiene por objeto tratar de aportar algún tipo de solución. Obviamente, pese a la buena voluntad y al esfuerzo que sin duda se hace por parte de los funcionarios jerárquicos de ASSE y los responsables de las empresas de emergencias, las dos delegaciones han coincidido en que hay momentos en que existe sobrecarga, demoras, esperas y saturación; todos ellos términos que se han utilizado aquí. Es decir que el problema existe.

Me gustaría hacer una sugerencia a efectos de que sea considerada por las autoridades de ASSE. Los pacientes clave 1 tienen prioridad absoluta. Según tengo entendido, el médico de emergencia no tiene que llamar a nadie: va al primer hospital disponible, ingresa al paciente, que es atendido y cuyos problemas son solucionados. Creo que la población tiene derecho a que se les solucionen sus problemas de salud cuando estos se presentan. Tal vez eso es lo que esté explicando el porqué del aumento de las derivaciones a los servicios de puerta. En definitiva, en un servicio de puerta todos tenemos la expectativa de que vamos a encontrar a un profesional, de que vamos a encontrar los medios diagnósticos complementarios necesarios y de que vamos a encontrar la medicación en el caso de que la necesitemos. Eso nos tiene que estar indicando cuál es la expectativa por parte de la población.

La sugerencia que quiero plantear es que, cuando haya pacientes que están en una ambulancia esperando para ser ingresados, exista un período de tiempo máximo para que termine el partido -llamémosle así- que puede ser de 30 minutos -a mi juicio, no debería ser mayor- transcurrido el cual ese paciente pase a ser clave 1. ¿Por qué? Porque el paciente tiene derecho a que se le solucione su problema debido a que ha pagado por el servicio, ya sea a través de impuestos o de la contribución al Fonasa. Por lo tanto, se debe limitar el tiempo en que ese paciente espera arriba de una ambulancia para que el médico lo pueda ingresar en un hospital -cualquiera que este fuere- sea atendido y su problema solucionado.

Esa es la sugerencia que quería realizar porque no podemos estar pensando que los pacientes abusan de la puerta de emergencia o que los técnicos de la emergencia abusan de los hospitales. No; acá la gente busca soluciones y creo que se las debemos dar.

SEÑOR CONDE.- El doctor Soto hizo referencia a que las afecciones más importantes atendidas por el sistema son las cardiovasculares, las respiratorias, las neurológicas, y por último, los traumas y los intentos de autoeliminación. No me voy a focalizar en ese tema, sino que voy a realizar una pregunta lateral.

A nivel de prensa hemos escuchado acerca de la instalación de un nuevo hospital de traumas que se sumaría al sistema público y que, naturalmente, constituiría una nueva puerta de acceso para atender esas afecciones. Quería saber si ASSE dispone de información al respecto, qué expectativas tenemos de la habilitación de esa nueva unidad y si, efectivamente, es así como lo estoy entendiendo.

SEÑOR SOTO.- Antes de responder la pregunta planteada por el señor Senador Conde, quisiera hacer una consideración con respecto a lo que señaló el señor Senador Solari.

No consideramos que haya intencionalidad en los pacientes que concurren al servicio de puerta o a una emergencia, o en los médicos que atienden en las unidades de emergencia móvil; si se entendió eso, no es así. Lo que sí decimos es que allí hay un problema cuyas causas debemos analizar. Una de ellas puede ser, como se decía, que a veces no se da una respuesta en las policlínicas del primer nivel de atención, en las cuales se deberían atender muchas de estas situaciones.

No atribuimos culpabilidad a los pacientes ni a los médicos involucrados en su atención. Quería que esto quedara absolutamente claro.

Con respecto a la pregunta formulada por el señor Senador Conde, es cierto que estamos trabajando para que este año pueda inaugurarse el INOT, que funcionará en el edificio Libertad, en lo que va a ser el Centro Hospitalario Libertad. Va a ser un centro de primer nivel especializado fundamentalmente en pacientes traumatizados -sobre todo aquellos que sufren traumatismos graves- que contará con todos los recursos para dar solución a este tema, que nos preocupa. Según datos estadísticos, cerca del 20% de los pacientes que están internados en los centros de terapia intensiva de ASSE lo están por causas violentas o traumatismos provocados por accidentes. En su inmensa mayoría son pacientes jóvenes que están mucho tiempo internados. Por eso estamos analizando la posibilidad de instalar el INOT en ese centro hospitalario, que seguramente va a ser inaugurado en los próximos meses.

SEÑOR PRESIDENTE.- Si los señores Senadores no tienen más preguntas que formular, agradecemos la presencia y la información brindada.

(Se retiran de Sala los integrantes del Directorio de ASSE.)